

## Mesa J 15

### La política de los pobres. Salud, Sociedad y Políticas Públicas

#### **Médic@s: otra relación posible entre perspectiva de género y políticas de salud.**

Lic. María Pozzio.

Becaria CIC.

Docente Antropología Social y Cultural. Facultad de Psicología. UNLP.

[mariapozzio@gmail.com](mailto:mariapozzio@gmail.com)

#### **Introducción:**

En esta ponencia vamos a plantear cómo puede aplicarse la *perspectiva de género* a un área del campo de la salud poco analizada en este sentido: el de l@s profesionales que trabajan en la salud pública. Para ello, plantearemos de manera muy breve de qué trata la tan mentada *perspectiva de género*, realizando así algunos breves comentarios sobre los modos en que esta mirada se aplicó al campo de la salud, las tareas realizadas y las por realizar. Haciendo foco en estas últimas, vamos a concentrarnos en trazar las líneas principales de las pocas investigaciones que han trabajado sobre el fenómeno de la feminización de la salud pública y las carreras de medicina. Mostrar las diversas dimensiones de análisis que este fenómeno amerita, nos lleva a proponer como opción metodológica el estudio en profundidad de las trayectorias de las mujeres profesionales que se desempeñan en la salud pública. Los trabajos históricos sobre dos médicas pioneras en Argentina y Brasil nos permiten mostrar lo fructífero de este tipo de estudios. Por último, realizamos algunas observaciones sobre datos y reflexiones surgidas en un trabajo de campo etnográfico realizado en un centro de salud del Gran La Plata; datos y reflexiones que motivaron algunos de los interrogantes que, como en esta ponencia sugerimos, pueden y deben ser respondidos a través del estudio en profundidad de *trayectorias y sociabilidad, con perspectiva de género*.

## **Género y Salud:**

La *perspectiva de género* se ha vuelto un término frecuente en la retórica de las políticas públicas. Considerada como forma de intervención política orientada a disminuir las desigualdades entre hombres y mujeres, surge de la mano de los estudios sobre la mujer (desarrollados principalmente en los países centrales, sobre todo a partir de la década de 1970), de la presión de los movimientos feministas y de mujeres –reivindicaciones plasmadas y reconocidas por la conferencia mundial de Beijing en 1995- y de la constatación de la situación de pobreza y vulnerabilidad de la mayor parte de las mujeres del tercer mundo (Moser, 1993; Barrig, 2000). “La creación de mecanismos de género en el Estado ha tenido por objeto mejorar la equidad de género e impulsar la ciudadanía plena de las mujeres, lo que demanda un enfoque integrado por poderosos componentes político institucionales que reviertan la distorsionada distribución de oportunidades de género que impera en la región latinoamericana” (Arriagada, 2007: pag 42). La misma autora señalará que paradójicamente, dicha institucionalización coincide en la región con la reforma del Estado y el minimalismo en la política social. La entrada de la *perspectiva de género* en las agendas públicas se afianza –gracias también a que los organismos internacionales vuelven “políticamente correcta” esta perspectiva<sup>1</sup>- y estructura en tres grandes líneas: la igualdad de oportunidades, las acciones de discriminación positiva – como la ley de cupos- y el enfoque de la transversalidad – que promueve que en todas las áreas y todas las políticas sean sensibles al género-(Arriagada, 2007; Zaremberg, 2007)

Ahora bien, en el área de la salud -abarcando aquí tanto los estudios de corte epidemiológico como los de un perfil más cualitativo vinculados a la antropología médica- la *perspectiva de género*, por lo general, se ha plasmado en dos grandes líneas:

- en el análisis del modo diferencial en que hombres y mujeres gozan de salud, enferman, o son atendidos
- en lo relativo a la salud reproductiva.

Si bien, a grandes rasgos, la introducción de la *perspectiva de género* en estas dos áreas ha resultado interesante, hay ciertas cuestiones que no queríamos dejar de comentar. En particular y respecto a la salud reproductiva, es importante insistir con que lo *reproductivo* es diferente de lo *sexual*, y que ambos, refieren tanto a la salud de los

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, la ONU crea organismos como el UNFP y UNIFEM.

hombres como de las mujeres. Por otro lado y a un nivel más general, hay que marcar la constante confusión que provoca la asociación de *género* con *mujer*, lo cual lleva a pensar, erróneamente, que todo estudio que da cuenta de las problemáticas de salud de las mujeres implica de por sí *perspectiva de género*; esta confusión opaca, desde nuestro punto de vista, el aporte principal de este tipo de análisis, que es poner de relieve las relaciones de poder que estructuran de manera desigual las relaciones entre hombres y mujeres.

Antes de finalizar con este tema, quisiera detenerme en hacer un breve comentario sobre el modo en que *perspectiva de género* es aplicada en los estudios que muestran cómo la condición de género de las personas influye en el proceso de salud-enfermedad-atención. Queremos rescatar algunas críticas provenientes del feminismo que señalan que en este tipo de trabajos se asocia al *género* con el *sexo*, dando por hechas categorías y diferencias biológicas. Es el caso de los estudios epidemiológicos donde el género es una variable más, junto con la edad, la clase social, los estilos de vida, etc.<sup>2</sup> Esta naturalización de los cuerpos, y en especial, del cuerpo de las mujeres, muchas veces conlleva la peligrosa naturalización de algunos roles: “Las mujeres han sido contempladas como meras reproductoras biológicas; la paternidad ha sido vista como un hecho social y por lo tanto variable, mientras que la maternidad se ha pensado como dependiente de la naturaleza” (Esteban, 2006: página 12).

Haciendo estas salvedades, es indiscutible que *la perspectiva de género*, aplicada a los estudios sobre la salud e incorporada a las políticas de salud, ha contribuido enormemente al conocimiento y por lo tanto, al mejoramiento, de los modos diferentes que tienen las personas –hombres y mujeres- de vivenciar la salud y los padecimientos, de ser atendidos por los profesionales, visualizados por los agentes estatales, e identificados como merecedores de recursos de parte de los planificadores de la “salud”. Ahora bien, hay un área donde *la perspectiva de género* apenas se ha puesto a dialogar con el campo de la

---

<sup>2</sup> Es importante aclarar que ninguna de estas “variables” puede ser considerada como una categoría naturalizada. En este sentido, es interesante la crítica que se le realiza a la epidemiología por naturalizar y deshistorizar este tipo de datos a la hora de comprender el modo en que las poblaciones enferman y mueren. Ver: Jaime Breilh. 2003. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar editorial, UnLa. Almeida Filho, Naomar. 2000. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial, UnLa.

salud: es el caso de los trabajos que estudian, desde esta perspectiva, a quienes trabajan en dicho sector. Considerando la importancia de la situación de los recursos humanos a la hora de evaluar la calidad de un servicio, prestar atención a las relaciones de género entre quienes trabajan en el sector salud -y en especial, en la salud pública- es todavía un desafío pendiente. Por eso, la idea de esta ponencia es comenzar a explorar este campo, para lo cual es necesario aproximarnos de un modo muy breve a los principales aportes y ejes de discusión de los pocos estudios que han realizado investigaciones en tal sentido.

### **La feminización de la salud: los otros guardapolvos blancos.**

Si vamos a plantear algunos de los ejes principales sobre la feminización de la salud pública, es necesario plantear previamente que este fenómeno no puede ser dissociado de la feminización de la matrícula universitaria (Buchbinder, 2005). Este proceso, gradual y cada vez más acentuado, está estrechamente vinculado con la masificación del ingreso universitario, aunque sus causas respondan a lógicas específicas que es preciso conocer. Si las estadísticas indican que las mujeres son el 57,6% de las estudiantes de las universidades de gestión estatal y 58,9% de los graduados<sup>3</sup>, estos porcentajes se amplían en las carreras vinculadas a la salud. Así, quienes estudian las relaciones entre género y educación superior (GUNI y UPC, 2002), plantean que salvo en el área de ciencia y tecnología –especialmente en las ingenierías- las mujeres son la mayoría de las universitarias, sobre todo en aquellas carreras –como las artes, la docencia primaria y las de la salud- tradicionalmente más vinculadas a “roles femeninos”<sup>4</sup>. Si bien en las carreras vinculadas a la salud, la feminización estuvo durante años relacionada con la mayoritaria presencia de mujeres en las carreras de enfermería, es importante destacar que hoy por hoy es en la medicina donde la feminización tiene un peso mayor –agregando a esta cuestión la masculinización de la enfermería (Róvere, 2006)-.

---

<sup>3</sup> Anuario de Estadísticas. 2006. Secretaría de Políticas Universitarias –SPU- en: [www.me.gov.ar/spu/Noticias/Noticias\\_Universitarias\\_2007/noticias\\_diciembre\\_2007\\_anuario\\_2006.htm](http://www.me.gov.ar/spu/Noticias/Noticias_Universitarias_2007/noticias_diciembre_2007_anuario_2006.htm)

<sup>4</sup> Volveremos sobre esta cuestión; sin embargo, nos interesa destacar la asociación entre las ideas de *cuidado* -en el campo de la *salud*- y los roles femeninos tradicionales -donde la *cuidadora del hogar* es la mujer-.

Paralelamente, se da en nuestro país, una feminización del empleo en la salud y muy especialmente, en la salud pública. Así, el 65% de las personas que trabajan en el sector salud son mujeres, representando el mencionado sector el 8% del empleo total femenino (Pautassi, 2006). Ahora bien, como señala la autora, esta constatación numérica debe ser acompañada de estudios de puedan dar cuenta de las razones que explican este proceso de feminización; estudios que seguramente comenzarán a mostrar que esta creciente presencia de mujeres no va acompañada de una mayor igualdad en lo relativo a condiciones de trabajo, prestigio y desarrollo del ejercicio profesional. En este sentido, la mayoría de los trabajos apuntan a mostrar la relación entre la precarización del empleo en salud y la abundante entrada de mujeres en el mismo. Todo esto, claro está, en el marco de la salud pública *post reforma estructural* (Belmartino, 2005) que significó, a grandes rasgos, la imposición de un modelo de gestión en salud basado en la *descentralización*, la *focalización* y el *enfoque de riesgo*, acompañado de una merma importante de la financiación general del subsistema público. Así, las mujeres entran a trabajar en la salud pública cuando ésta se encuentra en crisis: en este marco, el trabajador de la salud pública es un trabajador desvalorizado, mal pago y desprestigiado, lo cual tiene un impacto indudable en la calidad del servicio prestado.

Ahora bien, esta mirada general indica por un lado, una serie de caminos a seguir. Uno de esos caminos sería indagar en las relaciones entre políticas sanitarias y políticas de recursos humanos en salud<sup>5</sup> (Róvere, 2006; Abramzón, 2005). Y otro de los caminos, estudiar las relaciones entre calidad del recurso humano y calidad de la atención, siendo especialmente fructífera la investigación que busque dar cuenta del aporte específico que en cada caso, la condición de género le imprime a la práctica profesional. Por otro lado, la mirada general precisa de trabajos empíricos, que, en una escala reducida pero con un análisis hecho en profundidad, posibiliten una reflexión que indague no sólo en las causas y consecuencias estructurales de la feminización – por ejemplo, la tesis que marida reforma estructural y precarización del empleo- sino en sus significados, atendiendo en

---

<sup>5</sup> Es importante señalar que por las necesidades de formación son miles los profesionales que trabajan *ad honorem* en los servicios públicos de salud (entre ellos, son mayoría las mujeres -Abramzón, 2005-); al mismo tiempo, indagar en estas relaciones –políticas sanitarias-políticas de recursos humanos- obliga a repensar el lugar de las residencias como instancia de formación de los recursos humanos, residencias que en la mayoría de los casos, dependen del subsistema público –nacional, provincial y/o municipal-.

ello, el punto de vista de los actores involucrados; y analizando dichos puntos de vista, desde una perspectiva atenta al género.

### **Francisca y Cecilia o cómo estudiar trayectorias y sociabilidad.**

Para un tipo de análisis como el sugerido, una estrategia que consideramos muy útil es el estudio de las **trayectorias** profesionales y la **sociabilidad** de las personas que trabajan en la salud pública. Consideramos que el estudio de las **trayectorias** es fructífero ya que nos permite colocar en foco de análisis las perspectivas y experiencias que los actores ponen en juego en situaciones y contextos diversos, entendiendo cómo con dichas acciones, utilizan diferentes recursos. Al mismo tiempo, el concepto de **sociabilidad** es adecuado para dar cuenta del carácter activamente construido y relacional de la vida social en la que se inscriben y participan los individuos (Simmel, 2002).

Así, si a nivel estructural se describe una situación de feminización de la medicina y de la salud pública, un estudio de trayectorias de médicas y profesionales de la salud puede ayudarnos a ver, desde el punto de vista de éstas, cuáles son las causas y motivos que orientan su elección hacia este tipo de carreras; cómo vivencian su formación universitaria, cómo se incorporan al sistema de salud y los tipos de identidad sobre los que construyen sus perfiles y desarrollo profesional.

Un estudio que enfoque en las trayectorias y la sociabilidad, además de brindarnos esta información desde el punto de vista de los actores, nos permite comprender la red de relaciones en la que éstos están insertos; lo cual nos lleva a comenzar a comprender la sociedad de la que forman parte. Para ilustrar esto, nada mejor que el ejemplo de investigaciones históricas basadas en trayectorias individuales de mujeres que se desempeñaron en la medicina a finales del siglo XIX. En el documental *Tierras Prohibidas*<sup>6</sup>, se narra la historia de Cecilia Grierson, la primera mujer en Argentina en recibirse de médica y que sin embargo, nunca pudo ejercer libremente su profesión ni

---

<sup>6</sup> Tierras Prohibidas. 75' Guión y Dirección: Silvina Chague. Productora Cine Mato. Argentina.

acceder a una cátedra universitaria<sup>7</sup>. La vida y la carrera de Grierson, nos muestran todos los prejuicios y trabas que esta mujer tuvo que enfrentar para lograr sus objetivos. Al mismo tiempo, la película nos trae relatos actuales de médicas y sanitaristas que muestran la vigencia de muchos de los prejuicios contra los que, ya a principios del siglo XX, luchó Cecilia Grierson. Confinada a la tarea de formar enfermeras y dar consejos sobre puericultura, Grierson se dedicó a la lucha por los derechos de las mujeres y abrió un camino, que luego seguirían, entre otras, Elvira Rawson y Petrona Eyle.<sup>8</sup>

Otro ejemplo muy ilustrativo es el de la vida de Francisca Prager Froés, la primera médica recibida en la Universidad de Medicina y Farmacia del estado de Bahía, Brasil, en 1893. En el libro *Outras Falas: feminismo e medicina na Bahia* (Rago, 2007) se analiza la trayectoria de Francisca Prager Froés y las dificultades que tuvo para acceder a una carrera como la medicina, a fines del siglo XIX, lo cual era muy mal visto por la sociedad bahiana. Dedicada a la ginecología y la obstetricia, Francisca Prager Froés condensó su esfuerzo en la lucha contra las enfermedades venéreas, en especial la sífilis, lo que fue acercando su pensamiento a un “entrelazamiento teórico y práctico entre feminismo y medicina” (Rago, 2007). La autora del libro plantea que en la dimensión social de la existencia de mujeres como Francisca Prager Froés se buscó comprender sus acciones y opciones de vida; así, no se intenta ver las experiencias de mujeres excepcionales de modo aislado, sino en relación a las experiencias vividas también por los hombres, realizando un análisis de género que pone de relieve las dicotomías presentes en la organización social; dicotomías que estructuran la vida social, originan los preconceptos sobre las identidades sexuales y genéricas, y acentúan las desigualdades entre hombres y mujeres.

---

<sup>7</sup> Cecilia Grierson participó de un concurso de la cátedra de obstetricia para parteras y a pesar de su buen desempeño, el concurso fue declarado desierto. En el hospital San Roque –hoy Ramos Mejía– fue médica agregada de la sala de mujeres.

<sup>8</sup> Dora Barrancos (2007) plantea que hasta la segunda mitad del siglo XIX, pueden haberse registrado ingresos de mujeres a la Universidad, en diversas latitudes, pero como casos muy aislados. En América Latina, recién entre 1880 y 1890 se producen las primeras admisiones. En nuestro país fue Elida Passo la primer mujer universitaria, graduada en Farmacia en 1885; presentó su admisión a la facultad de medicina, que le fue concedida, pero murió antes de comenzar sus estudios. Luego, le siguió Cecilia Grierson, egresada en 1889.

Vemos así cómo los casos de Cecilia Grierson y Francisca Prager Froés nos muestran el modo en que el estudio de trayectorias y sociabilidad de mujeres médicas, puede contribuir a un profundo análisis de las condiciones sociales en las cuales sus vidas emergen y hacen inteligibles sus decisiones. Así, los ejemplos no sólo nos hablan de ellas, sino de sus sociedades de fines de siglo XIX, ambas en pleno proceso de urbanización e incorporación al mercado mundial; sociedades gobernadas por élites modernizadoras que sin embargo, seguían adjudicando a las mujeres un lugar tradicional, confinadas al plano doméstico; sociedades como la Argentina, que irían ampliando sus bases sociales y que en dicho proceso, convertirían el acceso a las carreras universitarias en un lugar paradigmático de la movilidad social.

En síntesis, consideramos que el estudio de las trayectorias y la sociabilidad, es una estrategia metodológica que permite generar una mirada complementaria a la mirada macrosociológica, que como muestra el trabajo de Laura Pautassi (2006) que ya hemos mencionado, señala para nuestro país una clara feminización de la medicina y la salud pública. Ahora bien, ¿cómo se vivencia esto en los casos particulares? ¿Qué nos dicen las trayectorias de las mujeres médicas sobre la precarización de la carrera? ¿sobre el desprestigio de la salud pública? ¿sobre el pluriempleo y la difícil conciliación familia-desarrollo profesional? Consideramos que hay aquí múltiples interrogantes que sólo una mirada microsociológica, basada en el punto de vista de los actores, puede ayudarnos a comprender en profundidad. Y en este sentido, el análisis con *perspectiva de género* se vuelve crucial, por ejemplo, a la hora de ver el modo singular en que las condiciones de género de las profesionales de la salud se sobreimprime en sus trayectorias laborales, en sus formaciones, en los modos en que construyen su perfil académico y profesional; y sobre todo, en las posibilidades que se permiten y se les permiten. Porque claro está, ya no hay impedimentos legales e idiosincráticos tan fuertes como los que tuvieron que sortear Cecilia Grierson y Francisca Prager Froés; pero no pueden soslayarse las ideologías y “trabas” estructurales que dan consistencia a lo que se ha denominado *techo de cristal*. Se llama así al techo invisible pero real en la carrera laboral de las mujeres; es invisible porque no está dado por leyes ni códigos establecidos, sino por aspectos culturales y estructurales mucho más difíciles de detectar. La inevitable doble jornada de



trabajo -el trabajo doméstico y el no doméstico-, la autopostergación de la carrera en función de los lazos familiares, la exigencia de una excelencia demostrable todo el tiempo que a los hombres no se les solicita, son algunos de las dimensiones del “techo de cristal” que autoras como Burín y Piras describen y enumeran<sup>9</sup>.

### **Especialidades médicas, roles de género y atención primaria de la salud:**

Como vimos, tanto Cecilia Grierson como Francisca Prager Froés luego de recibirse de médicas, se dedicaron a aquellas especialidades consideradas más “femeninas”, como la ginecología y la obstetricia. Eran médicas mujeres, dedicadas a atender mujeres. Y este mismo destino fue el de muchas de las médicas que las siguieron. No se concebía entonces que una mujer, además de estudiar medicina, fuera, por ejemplo, cirujana. Y si pensamos en la actualidad, esta tendencia sigue presente. Como señala Schufer (2006) en un estudio realizado a partir de datos de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, entre 1971-1996, el total de médicas mujeres se sextuplicó en el período, pero del total de cirujanos, sólo el 3% eran mujeres. Es decir, en la distribución de especialidades médicas, las mujeres siguen eligiendo mayoritariamente la pediatría, la ginecología y demás ramas de la medicina más asociadas con los roles femeninos del cuidado. De algún modo, esta asociación entre cuidado y roles femeninos estaba en la base de la importante feminización histórica de carreras como la enfermería, que sin embargo, como dijimos antes, hoy se encuentran más masculinizadas<sup>10</sup>. La asociación entre el rol de la madre como cuidadora del hogar y de la enfermera, es bien trabajada por Karina Ramacciotti (2004) quien muestra también, a través del análisis del material visual de las campañas sanitarias de los primeros gobiernos peronistas (1945-1955) el lugar subalternizado de la enfermera-mujer respecto al médico- varón.

---

<sup>9</sup> Claudia Piras (comp.) 2008. *Mujeres y Trabajo en América Latina*. Publicación del BID; y entrevista a Mabel Burín, Directora del Area de Genero y Subjetividad de la Universidad Hebrea Argentina Bar Ilan, en [www.stecyl.es/Mujer/el\\_techo\\_de\\_cristal.htm#1](http://www.stecyl.es/Mujer/el_techo_de_cristal.htm#1).

<sup>10</sup> Quienes estudian este aspecto sostienen que la masculinización de la enfermería puede entenderse, entre otras cosas, por la flexibilización del mercado de trabajo, por ejemplo, jornadas con horarios más extendidos, que se tornan más difíciles de sobrellevar para las mujeres con hijos.

Y estas especialidades, asociadas al cuidado y la reproducción, vinculadas con la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables, son las especialidades más presentes en el primer nivel de atención y en el modelo basado en la estrategia de APS<sup>11</sup>. Es necesario decir que estas relaciones y asociaciones entre especialidades médicas, área de actuación profesional y roles de género deben estar presentes a la hora de analizar los motivos de la creciente feminización de la salud pública, sobre todo, de la salud pública del primer nivel de atención. Ahora, considerando la mayoritaria presencia de mujeres en la APS es necesario subrayar que “si bien el modelo de atención establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional están ligados a la atención en los niveles de mayor complejidad, es decir, se visualiza una doble situación descalificante: para las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio. Esto es, no se valoriza la importancia de este nivel, sino que por el contrario es considerado una suerte de destino “desfavorable” para las trabajadoras.” (Pautassi, 2006: pag. 201).

Algunas de estas cuestiones -que necesitan ser indagadas en profundidad- y marcan una línea de importantes análisis a realizar con *perspectiva de género* en el ámbito de la salud, comenzaron a ser visualizadas en un trabajo de campo etnográfico realizado en un centro de salud municipal de un barrio periférico de la ciudad de La Plata. En la segunda parte de esta ponencia, queríamos sintetizar algunas de las cuestiones que ese trabajo intentó iluminar, prestando especial atención a la dimensión de género en las relaciones entre destinatarias de políticas de salud y los agentes estatales que las implementan.

---

<sup>11</sup> Atención Primaria de la Salud: estrategia de atención que se lleva a cabo, principalmente, desde el primer nivel de atención.

### Un estudio en La Plata:

En el centro de salud donde se llevó a cabo la investigación, en el período 2006-2007<sup>12</sup>, trabajaban dos enfermeras, una obstétrica, una psicóloga, una pediatra, dos médicas generalistas y el director, un odontólogo, el único varón de los profesionales. Esta mayoritaria presencia de mujeres no era una característica de ese centro de salud en particular, sino -hasta donde pudimos relevar- de casi todos los centros de salud del municipio de La Plata. Así, del total de 402 profesionales en los CAPS –centros de atención primaria de la salud- de la ciudad, en el 2007 el 71 % eran mujeres.

<b>Profesiones*</b>	<b>Personal ♀ en n°</b>
Obstétricas	14
Enfermeras	74
Médicas (generalistas, ginecólogas, clínicas, dermatólogas, pediatras)	105
Odontólogas	27
Psicólogas	42
Otras (Trabajadoras sociales, bioquímicas)	18
<b>Totales</b>	<b>280</b>

\*No se registran ni maestranzas ni administrativos.

Si a estos números les sumamos las 160 promotoras de salud que el municipio capacitó para trabajar junto con los equipos de salud –de los 160 promotores, sólo dos eran varones- comprobamos, en escala local, la cuestión de la feminización de la salud pública en el primer nivel de atención. Ahora bien, estas profesionales, consideradas como

---

<sup>12</sup> El trabajo de campo etnográfico se desarrolló en sucesivas etapas entre los años 2004 y 2007, variando mucho el personal, debido principalmente a los cambios en el staff de médicos residentes. Hemos elegido el período 2006-2007, porque fue cuando realizamos con mayor profundidad el análisis que desarrollaremos a continuación.

agentes estatales encargadas de la implementación cotidiana de las políticas de salud<sup>13</sup>, fueron analizadas en sus relaciones con los/as destinatarios/as de esas políticas, también, mayoritariamente mujeres. Transcribimos a continuación un diálogo entablado con la pediatra del centro de salud – la Dra. Abba-, que subraya esta constante y abundante presencia de mujeres en la “salita”:

**María:** siempre mujeres...-le digo-

**Abba:** Sí, el varón no participa casi nunca, en las raras ocasiones que hay un varón y lo pesca Sara (la enfermera) me golpea y me dice “hay un papá afuera”.

**María:** O sea que cuando los chicos vienen, vienen con las mamás

**Abba:** Sí, vienen con la mamá y con el papá; muy pocas veces me ha pasado que venga un papá solo.

**María:** y por qué será?

**Abba:** En general yo te diría que no sé si es una característica de nuestra sociedad pero, eh, yo no atiendo clase media alta entonces no te sé decir qué pasa en un consultorio privado, pero siempre me pasó que vienen las mamás...Sí, siempre en todos lados, la que sabe es la madre “ah, pero la que sabe eso es mi señora...” te dicen, salvo las excepciones de los papás que se han tenido que hacer cargo porque las mamás no están...

**María:** Porque no están...

**Abba:** Claro, no porque sea intercambiable...No, no, menos acá, por el barrio que son mucho más machistas, incluso las mujeres...”

## Mujeres y Madres

La realidad de la mayoritaria y constante presencia de mujeres en el centro de salud, nos llevó a reflexionar sobre algunas cuestiones que no caben en esta ponencia, pero que es preciso mencionar. En primer término, la cuestión de si esa presencia de mujeres se debe solamente a una característica de la demanda espontánea de atención de parte de la población – lo que le hacía decir a un funcionario provincial a quien entrevistamos que “la que demanda de forma espontánea, por una cuestión **cultural**, es la mujer”- ; o si se debe

---

<sup>13</sup>Es importante aclarar que cuando decimos **políticas de salud** nos referimos tanto a los programas que los actores identifican como tales (por ejemplo, *Remediar* o *Nacer*) así como también a las prácticas administrativas y asistenciales que componen las rutinas diarias de un centro de salud.

al hecho de que el Estado, a través de sus políticas de salud, considera a la *mujer-madre-cuidadora* su principal interlocutora. Es decir, si las mujeres demandan atención en tanto madres porque así se han acostumbrado a ser interpeladas – y porque en tanto madres o mujeres en edad fértil reciben beneficios- o, porque así es el modo en que ellas, tradicionalmente, demandan atención, se reconocen y son reconocidas. Planteado en términos tan dilemáticos no tiene caso, pero sí nos interesaba traerlo a colación para mostrar el modo en que una categoría del campo, a saber, “mujer bajo programa”<sup>14</sup>, nos hizo comenzar a pensar la posibilidad de si la *maternidad* puede ser vista como un requisito para acceder a las políticas de salud. Esta idea, que identifica *mujer* con *madre*, naturalizando de este modo el fenómeno de la maternidad y biologizando el cuerpo de la mujer (Esteban, 2006), nos hace pensar por ejemplo, que la mujer que no está en edad fértil -la mujer menopáusica y/o anciana- no es visualizada por ninguna de las políticas de salud que se implementan en los centros de salud (por lo menos, en el período de nuestro estudio). Es más, casi no existen actualmente este tipo de políticas ni en el nivel provincial ni el nacional. De algún modo, es interesante pensar cuánto se parece esta realidad a la idea de los nuer –y de muchos otros pueblos etnografiados por la antropología- de que la mujer que no podía tener hijos, o ya había finalizado su ciclo reproductivo, no era considerada mujer (Héritier, 2007)

### **Espacio/s femenino/s**

El centro de salud ocupado principalmente por mujeres, nos llevó a pensarlo como un *espacio femenino*, donde las relaciones cotidianas entre agentes estatales y destinatarios son relaciones *entre mujeres*. Y relaciones entre mujeres donde la *maternidad* ocupaba un lugar central. Por eso, profundizar este eje del análisis nos llevó a subrayar las diferencias y alteridades entre estas mujeres y sus vivencias de la maternidad. En este sentido, poner en foco las diferencias entre ellas es un modo de considerar la pluralidad de experiencias del “ser mujer” para evitar caer en esencialismos; lo cual implica partir de dicha pluralidad, y pensar el *género* constituyéndose junto con la etnia, la nacionalidad, la clase y la generación, entre otros muchos ejes posibles de diferenciación. Cabe mencionar que

---

<sup>14</sup> Según los términos usados por la obstétrica, la administrativa y la médica generalista “mujer bajo programa” era aquella que tenía abierta una historia clínica en el centro de salud y recibía anticonceptivos y/o controlaba sus embarazos allí.

son las situaciones y contextos los que enmarcan las relaciones entre mujeres, las que hacen que se potencien o atenúen algunas de las otras dimensiones que constituyen la pluralidad de la vivencia de género. Así, para comprender las relaciones entre agentes estatales de un centro de salud y las destinatarias es necesario pensar en las diversas formaciones de los agentes, en las trayectorias de los destinatarios, en los contextos y situaciones en los que se dan las interacciones entre ambos, los recursos que se intercambian, la identidad de género de unos y otros y también, en las posiciones desiguales que cada uno ocupa en el sistema de estratificación de nuestra sociedad.

El señalar las diferencias entre estas mujeres, no quiere decir que se de a las diferencias de clase un rango más importante, ni que dichas diferencias anulen toda posible solidaridad entre mujeres; pero sí queremos recuperar el análisis de la estratificación social en un ámbito de relaciones donde la mayoría de los análisis tienden a reducir todas las cuestiones a las ambivalencias de “las relaciones médico-paciente” o donde la *perspectiva de género* (y en otros casos, el acento en lo étnico) con su hincapié en la identidad, opaca otras dimensiones claves del análisis (Fonseca, 2005).

Todo esto significa que, situados en el plano de las relaciones entre agentes estatales - médicas, obstétricas, enfermeras, etc- y destinatarias, vemos que el género como dimensión de análisis no alcanza y que, para comprender sus experiencias como *mujeres* es necesario abordar otros principios de identificación en íntima articulación con éste: la clase social es uno de ellos. Las diferencias de clase entre unas y otras se ponen de manifiesto sobre todo en lo tocante a la *maternidad*, que como vimos, era un eje central de las relaciones entre estas mujeres. Así, en nuestro trabajo de campo veíamos a una médica generalista, madre de dos hijos, hablar de cómo retaba a sus pacientes cuando traían a un chico con “bajo peso”; veíamos también el tono pedagógico con que le hablaba a las mujeres sobre la *sarna* en una charla en un comedor comunitario y los modos de combatirla con el lavado de la ropa; la insistencia de todas las profesionales en la “lactancia materna”, manifiesta a través de carteles y charlas llevadas a cabo en el centro de salud una y otra vez. Es posible imaginar que ninguna de las profesionales que se desempeñan en el centro de salud concibe del mismo modo el propio ejercicio de la maternidad con el que fomenta a las destinatarias. Así, herederas de la puericultura y del

sanitarismo, de Cecilia Grierson pero también de Ramos Mejía, las médicas y enfermeras son *madres diferentes*: mientras ellas, lo sean o no, son sujetos de derecho y no se definen para el Estado a partir de la maternidad, las mujeres destinatarias de las políticas de salud son vistas como *madres* que precisan ser *aconsejadas, retadas, supervisadas, vigiladas*, es decir, más que como sujetos de derechos, como personas con menor capacidad, que deben ser tratadas desde la vieja idea estatal del “tutelaje”.

### **Para cerrar**

Hemos realizado un recorrido que puede parecer contradictorio: comenzando por señalar los caminos que todavía le quedan por recorrer a la perspectiva de género en el área de la salud, en la última parte del trabajo, en el análisis de las relaciones entre profesionales y destinatarias en un centro de salud, resaltamos la alteridad de clase, sobre todo en lo relativo a la vivencia de la maternidad, como una dimensión clave para comprender esas relaciones. Entonces ¿descartamos la *perspectiva de género*? Claro que no. La idea de esta ponencia fue mostrar aquellos aspectos donde esta perspectiva, en el campo de la salud, todavía tiene mucho para decir; pero no de manera aislada, sino en íntima relación con otros ejes de diferenciación y siempre, dando cuenta de los modos singulares en que contextos y situaciones enmarcan las relaciones de género.

### **Referencias Bibliográficas:**

Abramzón, Mónica. 2005. *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires, OPS/OMS.

- Barrancos, Dora. 2007. *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana. 1999. *Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿quién será el árbitro?* Buenos Aires, Lugar editorial.
- Belmartino, Susana. 2005. *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y Procesos*. Siglo XXI.
- Buchbinder, Pablo. 2005. *Historia de las Universidades Argentinas*. Buenos Aires. Editorial Sudamericana.
- Chiari et al. 2001. *Políticas públicas para la equidad de género*. Instituto de la Mujer. Universidad de Panamá.
- Cole, Stephen. 1986. “Sex Discrimination and admission to Medical School. 1929-1984” en *The American Journal of Sociology*, vol 92, N° 3. The University of Chicago Press. Pp. 549-567.
- Conway, Jill; Bourque, Susan; Scott, Joan. 1996. "El concepto de género" En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Angel Porrúa, México.

- Esteban, Mari Luz. 2006. "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un estudio antropológico y feminista." Revista *Salud Colectiva*, volumen 2, número 1. Universidad Nacional de Lanús.
- Fonseca, Claudia. 2005. "La clase social y su recusación etnográfica" en *Etnografías Contemporáneas*. Año 1, n° 1. Escuela de Humanidades. UNSAM, Buenos Aires.
- Guedes, Moema de Castro. 2008. "A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a idéia da universidade como espaço masculino." *Revista Manguinhos*, vol.15 supl, p.117-132. Rio de Janeiro.
- GUNI y UPC. 2002. "Mujer y Educación Superior" en : [www.us.es/us/temasuniv/bol-edusup/bolet\\_educ\\_ESP21.htm](http://www.us.es/us/temasuniv/bol-edusup/bolet_educ_ESP21.htm)
- Héritier, Françoise. 2007. *Masculino/Femenino. Disolver la jerarquía*. Buenos Aires, FCE.
- 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial.
- Menéndez, Eduardo. 1992. "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible" En *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Publicación Científica Nro. 540. OPS editores. Washington DC. P. 103-122.
- Pautassi, Laura. 2006. "El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre la calidad del empleo y la calidad de la atención" En Rico y Marco comps.: *Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud o la Salud de la Reforma*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Rago, Elisabeth Juliska. 2007. *Outras Falas. Feminismo e Medicina na Bahia. (1836-1931)*. FAPESP, Ed. AnnaBlume, San Pablo.
- Ramacciotti, Karina y Valobra Adriana (comp.) 2004. *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)*. Buenos Aires, Proyecto Editorial.
- Rico, María Nieves y Marco, Flavia. 2006. Coordinadoras. *Mujer y Salud. La Reforma de la salud y la salud de la Reforma en Argentina*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Rovere, Mario. 1993. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Serie Desarrollo Recursos Humanos. OPS-OMS N° 96, Washington.
- ---- 2006. "Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud." En Rico y Marco comps.: *Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud o la Salud de la Reforma*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Schufer, Marta. 2006. "El género y la práctica médica en los últimos cincuenta años del siglo XX" Ponencia presentada al *III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*, Villa Giardino, Córdoba.
- Simmel, Georg. 2002 *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Bernal. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Vessuri, Hebe M. C. 2001. "Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950." En *Revista Manguinhos*, vol.8, no.3, p.507-539. Rio de Janeiro.
- Zaremberg, Gisela. Coordinadora. 2007. *Políticas sociales y género*. Tomo 1: la Institucionalización. México. Flacso.



